

Programa perinatal de alto riesgo / Programa de cuidados intensivos para recién nacidos  
**Cuestionario financiero**

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Tamaño del hogar**

a) \_\_\_\_\_

**Incluir** recién nacido(s), padres, hermanos, y las personas dependientes que se declararon en los últimos formularios de impuestos.

**No** incluir abuelos u otros miembros adultos de la familia del hogar a menos que ellos estén asumiendo responsabilidad financiera del bebé.

**Ingreso bruto anual**

**Incluir** el ingreso actual de los dos padres antes de impuestos u otras deducciones. Incluir el ingreso de la madre **si ella volverá a trabajar después de su licencia de maternidad**. Incluir todas las fuentes de ingreso de los padres.

**No** incluir el ingreso de otros miembros adultos de la familia como los abuelos, a menos que ellos estén asumiendo responsabilidad financiera del bebé.

**No** incluir los pagos por Ingresos de seguridad complementarios (SSI) recibidos por un hijo(a) con que tenga una discapacidad, que sea hijo(a) o dependiente de los padres, como de definió antes.

Del padre \_\_\_\_\_  
 De la madre \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

b) Ingresos brutos totales del hogar \_\_\_\_\_

**Gastos médicos del hogar incurridos durante los 12 meses anteriores**

**No** incluir gastos pagados o que se espera que se paguen por una aseguradora o cualquier otra tercera parte

**No** incluir cobros actuales por la estancia del bebé en la unidad de cuidados intensivos para recién nacidos

**Incluir** el cuidado prenatal de la madre, cobros hospitalarios y cobros hospitalarios del bebé antes de ser transportado (si el bebé no estaba inscrito en el NICP antes transportarlo.)

**Incluir** todos los gastos médicos de toda la familia, excepto los del recién nacido:

Primas de seguro médico, odontológico, de la visión  
 (Deducidas del pago de nómina o un pago directo) \_\_\_\_\_  
 Co-pagos, deducibles y cobros médicos, odontológicos y de la visión \_\_\_\_\_  
 Recetas médicas \_\_\_\_\_  
 Cobros de laboratorio y otros exámenes médicos \_\_\_\_\_  
 Cuidado de la visión (lentes/lentes de contacto) \_\_\_\_\_  
 Suministros médicos \_\_\_\_\_  
 Cobros por cirugía \_\_\_\_\_  
 Otros gastos médicos \_\_\_\_\_

c) Total de gastos médicos \_\_\_\_\_

INGRESO BRUTO ANUAL TOTAL DEL HOGAR (b) \_\_\_\_\_

GASTOS MÉDICOS TOTALES (c) \_\_\_\_\_

INGRESO ANUAL AJUSTADO (b menos c) (d) \_\_\_\_\_

Traslade (a, b, c, d) al *Cuestionario financiero del NICP* y llene el punto (e) según las instrucciones.

**DISTRIBUCIÓN:** Original – al ADHS con el cuestionario financiero

Amarilla –Oficina de facturación

Rosada –a la familia